

Cómo los cubanos cuidan su salud. Un enfoque según color de la piel¹

Alina Concepción Alfonso León²

Resumen

Desde su surgimiento el hombre se ha preocupado por la salud, su cuidado y conservación. Como ha ocurrido con otros fenómenos, los enfoques, las percepciones y las conductas al respecto, han cambiado a lo largo de la historia. La mayoría de estas variaciones, se localizan en el nivel del conocimiento y la respuesta social ante ella. El objetivo es identificar, a partir de las percepciones, conocimientos y actitudes respecto a algunos factores de riesgo para la salud, diferenciales en los grupos poblacionales según el color de la piel, un nivel de desagregación, insuficientemente explorado, dentro de la problemática de salud. Queda claro que el color de la piel por sí mismo, no posibilita justificar diferenciales, mucho menos puede considerársele causante de determinado comportamiento, aunque no es posible eludir que la aproximación a la problemática de los riesgos de salud según color de la piel, trae consigo el reconocimiento de una carga cultural, económica e incluso de ética social, vinculada a este atributo externo que no puede ser fácilmente superada. Ciertos rezagos sociales, que aún persisten en la distinción por color de la piel, parecen estar presentes igualmente a nivel de las percepciones y conductas ante la salud.

¹ Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba, 16 al 19 de noviembre de 2010

² Investigador Auxiliar. Centro de Estudios de Estudios Demográficos, UH. Email: alinaalfonso09@gamil.com telf. 832 3611. 202 8141

Introducción

A nivel mundial, la concepción de la Salud ha transitado paulatinamente de una orientación individual, hacia un enfoque sistémico más integrador. Así aumenta el reconocimiento de lo insuficiente que resulta que una persona goce de buena salud, si el medio que la rodea no es igualmente saludable y por ende, favorable para el satisfactorio despliegue de todas sus facultades. Un entorno social malsano o con inadecuadas prácticas de salud, se erige en terreno propicio para el deterioro de las condiciones de vida y la proliferación de enfermedades.

Con el concepto de medicina preventiva, el sentido de la salud y su cuidado se amplían. Sin menguar la importancia del tratamiento de las enfermedades, se revaloriza las actividades de prevención, educación y promoción de salud orientadas, para advertir, informar y preparar a las personas y a la sociedad, acerca de las mejores formas de protegerse ante eventos que pueden ser factores de riesgo para la salud. Ellos han sido definidos por la OMS, como “...todo atributo, característica o exposición de un individuo que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad no transmisible...”³

La presente investigación, explora el efecto del modo de vida en la salud de la población cubana, caracterizada actualmente, por su inobjetable envejecimiento y el lento incremento del número de habitantes. Para ello, evalúa la influencia de un grupo de factores de riesgo en la salud de los cubanos de 15 años y más residentes en las zonas urbanas, así como sus percepciones, conocimientos y actitudes al respecto. Se examinan, no sólo variables poblacionales sino otras de tipo social, económico y de salud, con el propósito de establecer la existencia de ciertos diferenciales entre grupos de personas, definidos según el color de la piel, un área hasta ahora insuficientemente explorada, dentro de la problemática de los conocimientos, percepciones y actitudes ante la salud.

Objetivo

Cuba es un país que disfruta de un sistema de salud de carácter universal. No obstante, la observación de ciertas conductas, aunque no acusan acciones discriminatorias, constituye evidencia de la presencia aun de ciertos diferenciales en el perfil de salud nacional. El objetivo del presente trabajo es caracterizar, en los finales del siglo XX y albores del XXI, la percepción y el comportamiento de la población cubana urbana de 15 años y más, agrupada según el color de

³ WHO (2001), Summary of risk factors for non-communicable diseases, Geneva,

la piel ante los riesgos de salud. Asimismo se pretende identificar la existencia o no, de patrones de conducta de salud, distintivos entre grupos poblacionales.

A lo largo del tiempo, diversos elementos de tipo económico, cultural y social, condicionaron la aparición de contrastes en el desarrollo histórico de estas agrupaciones, que no puede ser calificado de uniforme. Resulta interesante confirmar, si estas incongruencias, también se registran en el comportamiento ante la salud. Ciertos rezagos sociales, que aún persisten en la distinción por color de la piel, parecen estar presentes igualmente en las percepciones y conductas ante la salud. Queda claro que el color de la piel por sí mismo, no posibilita explicar diferenciales ni mucho menos puede considerársele causante de determinado comportamiento. Cualquier conclusión hecha a partir del mismo, tiene como telón de fondo muchos otros factores explicativos de las actuales formas en que se manifiesta la extracción social del individuo. Hoy en día, las agudas desigualdades entre Blancos y los Negros/Mestizos, acumuladas por más de cuatro siglos, no han sido completamente resueltas, aunque si sus principales soportes de origen.

Conceptualización, métodos y fuentes de información

En la actualidad, cuando se habla de la conservación de la salud, se le concede especial atención a cuestiones tales como las interrelaciones que los individuos establecen entre sí, los efectos de los modos de vida que asumen las personas en determinados contextos y la influencia que ejerce el medio circundante. Desde mediados del siglo XX se ha dejado de ver a la Salud como un fenómeno puramente individual, y se valora la misma con un enfoque sistémico donde se crea una correspondencia biunívoca Individuo/Sociedad, en la que ambos entes actúan en igualdad de condiciones.

Según García Q. (1998) la salud no puede ser considerada como una noción estática Sostiene que la efectividad de su nivel cognoscitivo, se incrementa en la medida en que sea capaz de captar la naturaleza real de los fenómenos epidemiológicos, respetando su transformación⁴. Así la dinámica de los procesos Salud/enfermedad, ha transitado de una concepción inicial de carácter en esencia individual, a una proyección social.

Nuestro país no ha estado ajeno a esas transiciones. Después de un exitoso período de intervención gubernamental enfocado en la erradicación de las enfermedades infecto-contagiosas y en la eliminación de las iniquidades en materia de salud imperantes, vistas las mismas como “... *Las disparidades sanitarias de un país determinado.... que son consideradas injustas,*

⁴ García Quiñones R, Morbimortalidad y Salud. Una mirada desde la Sociodemografía, s.l. La Habana, Cuba. 1998

inevitables e innecesarias y que agobian a las poblaciones.... “(Krieger, 2002)⁵, se ha organizado para los ciudadanos, un sistema sanitario con igualdad de acceso y derecho. Hoy el perfil epidemiológico cubano, semejante al de un país desarrollado, se caracteriza por la prevalencia mayoritaria de enfermedades, vinculadas con los hábitos de vida y las costumbres de las personas. Sin embargo, no todos los integrantes de la sociedad cubana actual, presentan coincidencia de actuación en ese sentido.

Actualmente, con el firme propósito de perfeccionar el sistema de salud, los esfuerzos se encaminan a identificar espacios donde aún subyacen ciertos diferenciales susceptibles de ser corregidos. Para ello se acometen estudios de muy diversa índole no solo médica sino también social, como es el caso de las encuestas de salud. La fuente principal de datos, de este trabajo, es la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud del 2001 (EFR II), un proyecto conjunto de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONE) y el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.⁶ Otras cifras provienen de la ONE y el Ministerio de Salud Pública.

El cuestionario de la EFR II, indagó sobre factores de riesgo tales como el hábito de fumar, el alcoholismo y el sedentarismo. Además incluyó, entre otras, preguntas sobre las percepciones de riesgo, la calidad de vida, diversas enfermedades y los comportamientos violentos. Aunque se recolectó información acerca de las conductas y actitudes de la población cubana ante la salud y su protección, hubo preguntas sobre diversas características sociodemográficas. Ellas posibilitaron el análisis de subpoblaciones relevantes tales como los diferentes grupos poblacionales que, según color de la piel, están presentes en la población cubana.

Por requerimientos propios de esta investigación, muy vinculada con la salud de las personas, el tratamiento del color de la piel difiere un tanto de la práctica tradicional del país, que acostumbra a emplear tres categorías: Blancos, Negros y Mestizos. Como punto de partida se emplea la clasificación de individuos en Blancos y Negros/Mestizos⁷, como pudo haberse utilizado otra cualquiera, pero sin un sentido excluyente y sobre todo sin ánimo de establecer la superioridad de unos sobre otros. Ya se refirió que el color de la piel por sí mismo, no posibilita explicar

⁵ Krieger, N. Glosario de Epidemiología Social Parte II, Boletín Epidemiológico, Vol.23, No.2. 2002

⁶ Se visitaron 8 921 hogares y se entrevistó a 22851 personas. A fin de poder hacer inferencias para toda la población, se realizó la expansión de la muestra. Como estratos de expansión se consideraron las provincias del país, realizándose posteriormente una postestratificación por sexo y edad. Las estimaciones se efectuaron utilizando estimadores de razón los cuales emplearon como variable auxiliar los totales de personas de 15 años y más correspondientes a cada estrato. Esta información se tomó a partir de las cifras oficiales de población, calculadas y emitidas por el Departamento de Estudios de Población del CEPDE.

⁷ En Cuba, la distinción por color de la piel, en las encuestas, se basa en criterios de apreciación personal, permeados por sesgos en la diferenciación. Teniendo en cuenta que desde una visión genética y médica, resulta muy difícil establecer diferenciales entre población mestiza y negra por la gran cantidad de puntos comunes que presentan ambos grupos de individuos, resulta prudente realizar la división en dos grupos: Blancos y Negros/Mestizos (vistos de conjunto). Se asume esta clasificación como una de las múltiples distribuciones o taxonomías que por convenio metodológico, podrían ser empleadas

diferenciales ni mucho menos puede considerársele causante de un determinado comportamiento. Como se verá más adelante la información estadística existente confirma la presencia de comportamientos disímiles, con implicaciones para la salud humana. A partir de ahí, el objetivo es refinar la identificación de grupos de riesgo a fin de perfeccionar la labor educativa, y obtener resultados más positivos en ese sentido.

Resultados

Breve caracterización socio demográfica

Al contrastar la composición según color de la piel de los cubanos a partir de la segunda mitad del siglo XX, resultan evidentes los cambios experimentados en un periodo relativamente corto. De acuerdo a los tres Censos más recientes, donde se procesó sobre esta variable⁸, negros y blancos, mantienen una clara tendencia descendente, frente al sostenido ascenso del mestizaje. El Censo del 2002 reveló que el número de habitantes Negros/Mestizos, creció en algo más de medio millón de efectivos, aunque la proporción de mestizos se incrementó más que la de negros, que incluso disminuyó en casi un 2% con relación a 1981.

Cuadro 1 Cuba: Población por color de la piel

AÑOS	BLANCA		NEGROS/MESTIZOS		TOTAL	
	habitantes	%	habitantes	%	Habitantes	%
1953	4 243956	72,8	1585073	27,2	5 809029	100,0
1981	6 402468	66,0	3 308137	34,0	9 723605	100,0
2002	7 271926	65,1	3 905817	34,9	11 177743	100,0

Fuente:
Censos
de
Población
y
Viviendas de Cuba, 1953, 1981, 2002

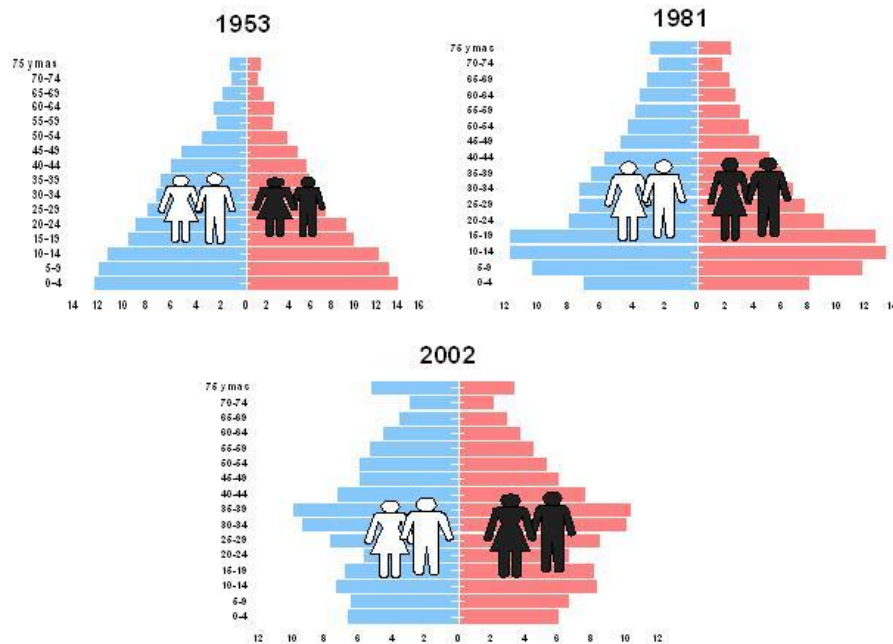
La estructura por sexos, en los últimos cincuenta años, ha alcanzado un equilibrio casi perfecto en los porcentajes de cubanos y cubanas. Las féminas constituyen aproximadamente el 49,9% del total de habitantes del país. Este comportamiento se presenta tanto en los Blancos, como en los Negros/Mestizos. Comparativamente, las mujeres tienden a incrementar su participación.

El envejecimiento caracteriza la población cubana. El análisis de la estructura etaria según color de la piel, ha permitido corroborar que su manifestación no es uniforme en los diferentes grupos poblacionales. Un examen de las pirámides de población según color de la piel, correspondientes a los Censos de 1953, 1981 y 2002, muestra que este diferencial viene gestándose al menos, desde el último medio siglo y aparentemente tiende a acentuarse.

⁸ En el Censo de 1970, se tomó la información referida al color de la piel, pero no se procesó por lo que hoy está irremisiblemente perdida..

Una primera visión muestra cómo en ambos grupos, el característico ensanchamiento de la base de este tipo de gráfico, se ha ido trasladando hacia la cima. Dentro de las personas con edades de 60 años y más, la escisión ha ido ensanchándose paulatinamente a partir de 1953. En ese año la brecha diferencial entre ambos fue 0,6 puntos porcentuales, en 1981 se amplió a 3,2 y en el 2002 se registró un valor de 4,0%.

Gráfico 1 Cuba: Pirámides de población según color de la piel



Fuente: Censos de Población y Viviendas de la República de Cuba, 1953, 1981, 2002

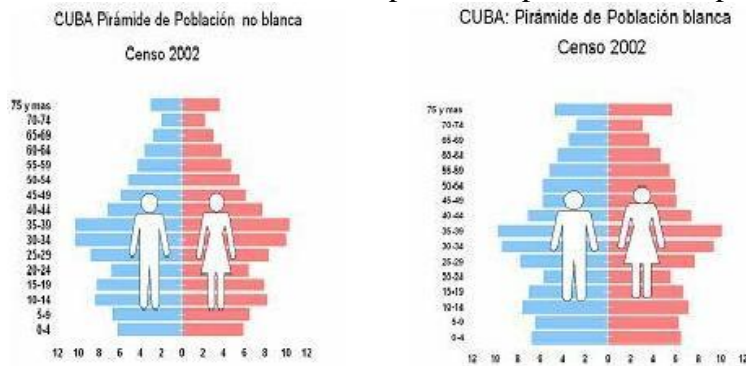
La pirámide por color de la piel del Censo 2002, refrenda la condición de mayor envejecimiento de la población blanca. La mayor juventud de los habitantes negros y mestizos, junto a su tendencia a ganar cuantitativamente en participación producto del mestizaje, los convierte en lo que pudiera calificarse como un grupo “emergente” dentro de la sociedad cubana. Las principales características de esta pirámide son

- La base es ligeramente más estrecha que la de la población blanca. Los niños de 0 a 4 años Negros/Mestizos, constituyen el 6,0 % del total.
- A medida que se va ascendiendo en las edades, se aprecian mayores ensanchamientos en la parte central. Los individuos comprendidos en la franja entre los 5 y los 49 años, representan el 72,1% de la población.
- La población que ha alcanzado edades de 75 años y más, constituye solo el 3,3%.
- Globalmente el 8,3% de las personas Negras/Mestizas, tiene 65 años y más.

En el análisis de la gráfica correspondiente a los individuos blancos, se identifican las siguientes particularidades:

- Una base un tanto más ancha que la de los sujetos Negros/Mestizos. En las edades comprendidas entre 0 y 4 años, los infantes blancos, representan el 6,6 %.
- Dentro de los individuos catalogados como blancos, el 66,2 % está incluido entre los 5 y 49 años de edad. La proporción correspondiente a los Negros/Mestizos es un 6% superior.
- En la cima de la pirámide se evidencia un mayor ensanche en la franja correspondiente a los adultos mayores blancos con edades de 75 y más años con un 5,2 % del total.
- Las personas blancas de 65 años y más años constituyen el 11,6 % de este segmento.

Gráfico 2 Cuba: Pirámides de población por color de la piel.



Fuente: Censo de Población y Viviendas, 2002

La desigual evolución del envejecimiento según color de la piel, evidencia cierta disparidad entre ambos grupos, respecto a la duración de la vida. En estos contrastes influyen disímiles causas, entre las que se pueden citar los efectos de las políticas de blanqueamiento seguidas en las primeras décadas del siglo XX, las secuelas que aún subsisten de las iniquidades históricas en el desarrollo económico, así como el desigual comportamiento tanto de la fecundidad como de los procesos migratorios y las conductas de salud seguidas. En mayor o menor medida estos aspectos se reflejan en la calidad de vida y en su duración.

Aproximadamente hasta los 15 años, la situación es bastante equilibrada, con cierta mayoría en los Negros/Mestizos, Esto concuerda con los resultados de otras investigaciones indicativas de una mayor fecundidad en este grupo poblacional⁹. No obstante, globalmente, entre los años 1953 y 1981, la franja de 0 a 4 años, se reduce. Igual ocurre con el diferencial porcentual entre Blancos y Negros/Mestizos, aunque se mantiene la mayor participación de infantes Negros/Mestizos. Se

⁹ CEE, Encuesta Nacional de Fecundidad, 1987

puede intuir, que el efecto que la equiparación de las oportunidades de educación y trabajo ha tenido en la reducción de nacimientos, se manifiesta casi uniformemente en ambos grupos poblacionales.

Al ascender en la pirámide, comienzan a aparecer contrastes, que se subrayan en torno a los 50 años de edad, con un desarrollo más favorable a los blancos, en el sentido de alcanzar edades más avanzadas. Pudiera presumirse que algunos comportamientos, desarrollados en la primera mitad de la vida, se reflejan en el seguimiento de ciertas conductas, que condicionan el largo de la misma¹⁰. Independientemente de la relativa contemporaneidad de los procesos de mortalidad/morbilidad en ambos grupos poblacionales, el hecho de que este diferencial de envejecimiento según color de la piel sea manifiesto, al menos desde hace más de medio siglo, impele pensar, que no puede soslayarse el basamento histórico/cultural implícito.

Los fundamentos de partida que constituyen las condiciones de vida de Blancos y Negros/Mestizos, en sentido amplio, forzosamente influyen el seguimiento de ciertas conductas y actitudes, de indiscutible ascendente en el estado de salud individual. En un contexto como el cubano, con preponderancia de las enfermedades no transmisibles, provocadas por determinados factores de riesgo, resulta relevante incluir el color de la piel en las valoraciones de salud.

Otros indicadores como el nivel de instrucción, la situación laboral y otros, no solo describen el nivel de desarrollo de cualquier conglomerado humano, sino que también forman parte de lo que se ha dado en llamar “determinantes amplios de salud” (Wanless, 2004).¹¹ Ellos influyen en el bienestar y el estado de salud de la población.

Un 10% de la población estudiada, concluyó el nivel universitario o Alto, apreciándose equilibrio según color de la piel. Entre las personas cuyo nivel educacional es Bajo, aproximadamente el 23% del total, es interesante cómo la población blanca, que es además la más envejecida predomina. Es posible que sea producto de una conjunción de factores: se trata de personas que en su juventud, no tuvieron acceso a la instrucción media y superior y también ciertas cantidades de integrantes de esa generación, por lo general de alta calificación, formaron parte de los procesos migratorios que se originaron principalmente en la segunda mitad del pasado siglo. Asimismo es presumible que, dentro de los integrantes “menos jóvenes” de este grupo, es decir

¹⁰ Uno de los principales teóricos de la problemática de la Salud Pública y particularmente los determinantes de Salud, Michael Marmot, ha expresado que: “...los fundamentos de la salud adulta se encuentran en la primera infancia e incluso antes del nacimiento...”.

¹¹ Wanless, D. Securing good health for the whole population: final report. London HMSO. 2004

aquellos que al triunfo de la revolución finalizaban la infancia o iniciaban la adolescencia, las precarias condiciones económicas y sociales en que se desarrollaban sus vidas, significaron un cierto obstáculo a la hora de priorizar el incremento de su nivel de escolaridad, frente a otras necesidades vitales.

El porcentaje de Negros/Mestizos sin estudios, es superior al de Blancos. En los niveles de primaria, preuniversitario, técnico medio y universitario, los porcentajes de Blancos son mayores. Morales (2008) analiza cómo la procedencia económico-social, de los Negros/Mestizos, por lo general de bajos recursos, los ponía en desventaja a la hora de asumir cualquier tipo de instrucción.¹²

La presencia del nivel educacional Medio es alta, 65,2% de los entrevistados, con un ligero predominio de los Negros/Mestizos (5,2%). Esto pudiera indicar cierta tendencia de estos últimos a concluir estudios de ciclos más cortos de la enseñanza técnico-profesional, para una rápida inserción laboral, o incluso pudiera ser indicio de una posible desmotivación para abordar proyectos educacionales de más largo alcance.

El estado conyugal, sin ser directamente un determinante de salud, forma parte de las redes de apoyo y del entorno social de los individuos, también influye en la condición de salud personal y social (Álvarez et al, 2005)¹³. Los participantes en la EFR II, confirman que los cubanos son personas proclives a vivir en pareja, legalmente formalizadas o no¹⁴. Ahora bien, la población blanca tiende más a legitimar sus uniones.

En la condición de Soltero, se aprecia una mayor diferencia por color de la piel, con un 6,9% más de población negra/mestiza. La categoría más equilibrada, es Divorciado/Separado, seguida por la de Viudo, donde un 60,5% de las personas que se declararon en esta condición, tienen 55 años o más. Pese a la relativa paridad, se hace patente una mayor participación de la población blanca. Aquí se manifiesta no solo el mayor envejecimiento de los individuos blancos sino también, su situación de mayoría dentro de los que se declararon Casados o Unidos, ya que son precisamente esas personas las que al perder a sus cónyuges o compañeros, nutren la categoría de los Viudos.

Visto por sexos, dentro de los Negros/Mestizos, los porcentajes de aquellos que se declararon Solteros son superiores que los de los Blancos, con diferencias de más de 5 puntos porcentuales.

¹² Morales, E. Desafíos de la problemática racial en Cuba, Fundación Fernando Ortiz, La Habana, Cuba. 2008

¹³ Álvarez, A, García, A., Bonet M, Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud de Cuba Rev Cubana Salud Pública v.33 n.2 ISSN 0864-3466 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007

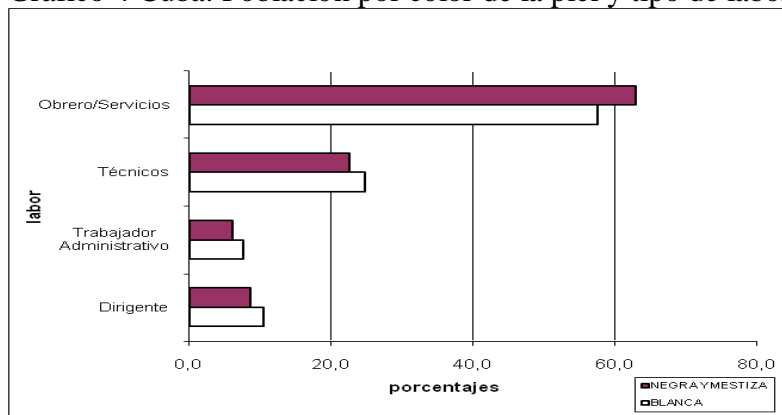
¹⁴ Catasús (1991), Benítez (1999) y la Encuesta Nacional sobre Juventud del 2004, refrendan esta característica. Del segmento de jóvenes entre 15 y 29 años, evaluados en esta encuesta, un 36,4% de ellos tiene como proyecto de vida familiar el vivir en pareja y un 12,6% contraer matrimonio.

Los Blancos, en ambos sexos, se evidenciaron como más proclives a vivir en uniones formalizadas o no. Las brechas inter grupos rondan el 7% en los hombres y el 6% en las mujeres, siempre a favor de los Blancos. Dentro de los Viudos, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres blancas con un 9,5%.

La situación laboral de las personas, sus implicaciones para la estabilidad económica de las mismas y las características de los empleos, son elementos que se reflejan de cierta forma en el estado de salud. El 56,7% de los participantes, refirió que trabajaba la semana anterior a la encuesta. La segunda proporción en importancia, 14,1%, fueron los Pensionados, en consonancia con el nivel de envejecimiento de los cubanos. Si se tiene en cuenta que un 6,7% de los entrevistados eran estudiantes, y que se está evaluando la población de 15 años y más, se reafirman las señales de alerta respecto al deterioro que experimenta la relación de dependencia entre la población que trabaja y la que no. Por color de la piel se registraron diferencias significativas, exponentes del mayor envejecimiento de los blancos. El 16% de ellos era pensionado frente a un 11% de los Negros/Mestizos. El 31% de los pensionados blancos tenía 75 años y más, mientras que entre los Negros/Mestizos este porcentaje fue del 21%.

La mayoría de la población, clasificó como Obrero o Trabajador de los servicios. La diferencia entre Negros/Mestizos y Blancos, ronda el 6% a favor de los primeros. Este resultado armoniza con la situación antes mencionada respecto al nivel educacional terminado. En las labores de mayor categoría, Dirigentes, Técnicos y Trabajadores administrativos, de un nivel educacional más elevado, predominan los blancos.

Gráfico 4 Cuba: Población por color de la piel y tipo de labor que realiza



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

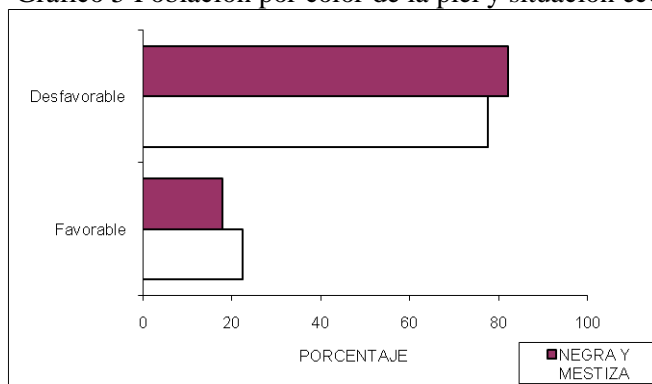
La situación económica, juega un rol relevante para la salud. El hecho de gozar de mejores condiciones en ese sentido, puede facilitar el acceso a una mejor salud. Las cinco alternativas de respuesta, con calificaciones de “Excelente” hasta “Muy mala”, fueron agrupadas en dos categorías:

Favorable: aquellos que calificaron su situación económica como Excelente o Buena

Desfavorable: los entrevistados que evaluaron su situación como Regular, Mala o Muy mala.

Algo más del 75% del total de la población participante, coincidió en calificar su situación económica como Desfavorable. De ellos, un 18,1% de los individuos consideró que la misma podía ser calificada como Mala o Muy mala, siendo mayoritaria la población negra y mestiza. Entre los que coincidieron en describir su situación económica como Favorable, los Blancos superaron a los Negros/Mestizos en un 4%. Por grupos de edades, se detectó que de aquellas personas entre 15 y los 54 años, que calificaron su situación económica como Desfavorable, un 78,3% eran Negros/Mestizos, en contraste con el 70,7% de los Blancos. En las personas más jóvenes entre 15 y 34 años, la diferencia fue de un 5,4% ”a favor” de los Negros/Mestizos.

Gráfico 5 Población por color de la piel y situación económica actual



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Los cubanos y el cuidado de la salud

Resulta prácticamente imposible encontrar, en los miembros de un grupo humano, igualdad de respuesta, ante un estímulo determinado. El factor subjetivo, reflejado en los gustos, el ambiente social y las perspectivas individuales, siempre está presente en las actitudes que asumen las personas ante los diversos eventos de la vida.

Sin ánimo de establecer un orden de prioridad o de importancia, ya que al referirnos a algo tan relevante como es la vida humana, todos los factores que la agreden deben tratarse en igualdad de condiciones, se decidió iniciar el análisis con los consumos de tabaco y de alcohol, dos de las adicciones que pudieran considerarse como “las más populares” dentro de los seres humanos. También se analizará cómo se manifiestan el sedentarismo y las conductas violentas.

- Consumo de tabaco

Hasta más o menos la primera mitad del siglo XX, el consumo de tabaco no era calificado como un acto nocivo para la salud humana; todo lo contrario, era visto más bien como un símbolo de reafirmación de la personalidad y la adultez. En la actualidad, a nivel mundial la connotación de la adicción ha cambiado radicalmente y se considera al tabaquismo como la principal causa de enfermedad y mortalidad evitables. Varios autores¹⁵ han demostrado su vinculación con el riesgo de contraer diversos tipos de enfermedades malignas y la propensión a morir por bronquitis crónica, enfisema, diabetes y enfermedades coronarias y del corazón, y la tendencia de las madres fumadoras a tener niños con bajo peso al nacer.

Se ha definido al tabaquismo como “... la adicción de los individuos al tabaco, o mejor dicho a uno de sus componentes activos, la nicotina, que acaba degenerando en el abuso de su consumo...”¹⁶. Se inicia con el acto de fumar, donde se inhalan y exhalan los humos producidos al quemar tabaco. Un abuso excesivo conduce al tabaquismo, reconocido internacionalmente como “...una enfermedad crónica sistémica, perteneciente al grupo de las adicciones...”¹⁷

Con relación al consumo de tabaco en nuestro país, la encuesta del 2001 demostró que un 30,8% de la población objeto de estudio fuma en la actualidad. Dentro de los hombres esta proporción fue de un 40,0% y en las mujeres un 22,3%. Por grupos de edades, el 75,6% de los fumadores no rebasa los 54 años. En 1995, el porcentaje de personas que, se declaró portadora de la adicción fue 36,8%. Esta reducción de más de un 6%, se reconoce como uno de los resultados positivos más espectaculares obtenidos en materia de conductas de riesgo para la salud, en un relativamente corto período de tiempo. Esta positiva contracción ha tenido dos causas fundamentales, de un lado la amplia campaña de divulgación sobre el mal hábito de fumar y del otro el incremento de los precios que ha contribuido a controlar de cierta manera el consumo.

No obstante, otros resultados del estudio ponen de manifiesto la necesidad de continuar la vigilancia. Se debe hacer énfasis en la personalización del mensaje educativo, identificándolo más sobre todo, con los grupos de mayor riesgo. Se confirmó el inicio de la adicción a edades muy tempranas, incluso la adolescencia, donde el fumar se erige en símbolo de madurez y adultez. Más del 30% de los fumadores actuales declararon haber comenzado con este hábito antes de arribar a los 15 años y un 62% reconoció haberse iniciado entre los 15 y los 35 años.

¹⁵ Es posible hallar referencias a este tema en documentos oficiales de la OMS, OPS, Morbidity and Mortality Weekly Report y MINSAP. Numerosos autores entre los que se cuentan Kannel W., González R., Varona, P., La Rosa, Y. y Lau, A., han descrito el impacto del tabaquismo en la salud humana.

¹⁶ Enciclopedia Wikipedia, feb 2006. <http://es.wikipedia.org/wiki/Tabaquismo>

¹⁷ [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV](#) de la American Psychiatric Association

El cuadro 2, con datos sobre la prevalencia de tabaquismo en los adolescentes, refleja la situación de Cuba en el contexto de algunos países de América. A pesar de no estar dentro de los valores más elevados, si resulta interesante apreciar, cómo se ubica junto a países como Chile y Canadá, con predominio de las muchachas fumadoras en este grupo de edad.

Cuadro 2: Porcentajes de Prevalencia de tabaquismo entre adolescentes 2000/2003

Países	Mujeres	Hombres
Argentina	31	34
Bolivia	19	28
Brasil	21	31
Canadá	21	16
Chile	43	33
Colombia	29	30
Costa Rica	19	20
Cuba	18	17
Ecuador	6	23
El Salvador	15	25

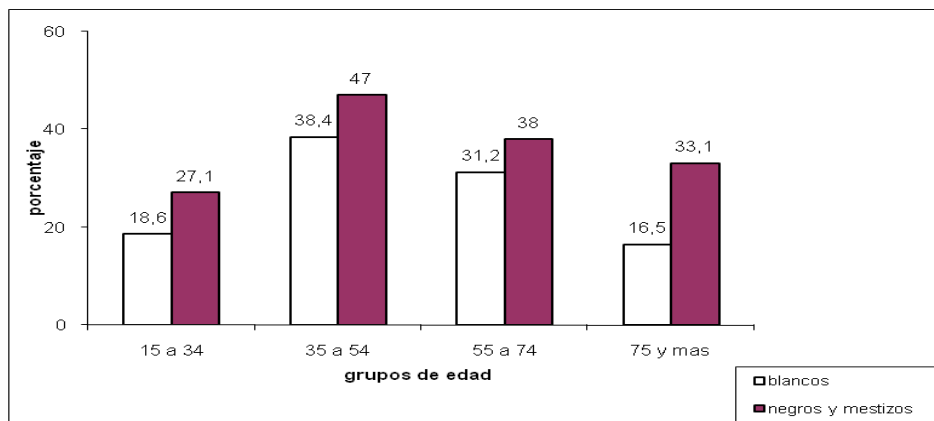
Fuente: OPS, UNFPA, UNIFEM. "Genero, salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores Básicos 2005

Según la EFR II, dentro de la población blanca existe un 27,9% de fumadores, mientras que en la población negra/mestiza hay un 36,6%. En 1995, el porcentaje de blancos fumadores fue 34,6% frente a algo más del 42,0% de los Negros/Mestizos. Pese al decrecimiento, se mantiene la mayor exposición al riesgo de los sujetos Negros/Mestizos, incluso la brecha entre ambos grupos se ha ampliado. Por sexos en ambas subpoblaciones los hombres son mayoría, pero dentro de las féminas se aprecian valores de interés. En las Negras/Mestizas, el porcentaje de fumadoras es de un 28,3% en tanto que para las blancas la participación de las fumadoras asciende al 19,4%¹⁸

Globalmente más del 70% de los fumadores se concentra en las edades inferiores a los 55 años. Al interior de los grupos de edades, los porcentajes de fumadores Negros/Mestizos superan los valores de los blancos. La gran brecha del grupo 75 años y más, que pudiera tener un basamento cultural, aproximadamente el 91,4 de los Negros/Mestizos tiene nivel educacional bajo, para los blancos este porcentaje es 85,0.

Gráfico 6 Cuba: Fumadores por color de la piel y grupos de edades.

¹⁸ En la literatura consultada no se ha hallado ninguna referencia a este tema, posibles causas pudieran ser, la escasa presencia del color de la piel en los análisis y el hecho de que aún no se ha redactado el informe final de la EFR II



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Respecto a la intención de abandonar el hábito de fumar, las proporciones se mantienen muy equilibradas para ambos grupos (Blancos y Negros/Mestizos), con más del 60% de los fumadores a favor de dejar este nocivo hábito, con un marcado acento hacia hacerlo si es fácil. Resulta curioso cómo las proporciones de personas que no desean dejar el hábito se incrementan con la edad.

Cuadro3 Cuba: Porcentajes de individuos negados a dejar de fumar por grupos de edades

	15 a 34 años	35 a 54 años	55 a 74 años	75 años y más
Blancos	36,1	32,3	39,7	50,3
Negros/Mestizos	35,4	31,4	40,1	58,2

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Se puede concluir que pese a los indiscutibles logros alcanzados en la reducción del consumo, aun se identifican como espacios donde se debe reforzar el mensaje de salud, los siguientes:

- a) el inicio en la adicción en edades muy tempranas, incluso adolescentes
- b) la alta propensión al riesgo de los Negros/Mestizos con predominio de las mujeres

La connotación de estas áreas para el desarrollo futuro de la sociedad es evidente. Ellas comprenden a los sectores más jóvenes, que deberán llevar sobre sus hombros la responsabilidad, no solo del desarrollo económico del país, sino también el sostenimiento de aquel segmento de la población que por razones de su edad, no tendrá las condiciones físicas mínimas para involucrarse en el trabajo activo.

- Consumo de alcohol

La ingestión de bebidas alcohólicas, en cantidades excesivas, es una de las toxicomanías más difundidas mundialmente. Es causa de enfermedades cardiovasculares, cardiopatías, hipertensión arterial, derrame cerebral y diversas manifestaciones del cáncer¹⁹.

¹⁹ Diferentes documentos de la OMS y la OPS, así como González, R. (1992,1993,2000), y Chang,M (2004) hacen referencia a este tema

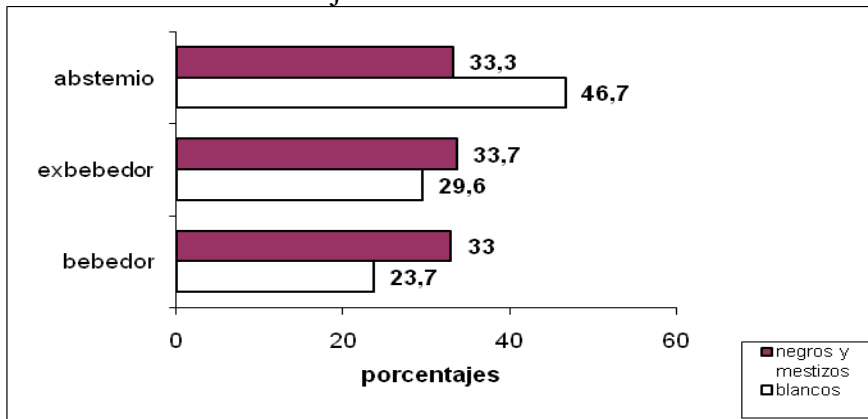
El consumo de alcohol, y la tendencia a convertirse en adicción, es decir en alcoholismo, se considera en la actualidad, como una enfermedad compleja que se desarrolla a lo largo de años. Se trata de una droga que modifica el estado de ánimo²⁰, y puede llegar a producir estados de dependencia, que obligan a beber continuamente. Los primeros síntomas son muy sutiles y suelen expresarse en la preocupación por su disponibilidad y sentimientos de culpabilidad por su consumo. Al avanzar la enfermedad, aparecen cambios en la conducta y personalidad, que influyen poderosamente en las actividades y relaciones interpersonales del enfermo, afectando el buen desenvolvimiento de su vida en el ámbito familiar, de trabajo y de otra índole. Un aspecto importante es que la ingestión de bebidas alcohólicas, puede crear una especie de vía de acceso hacia otras adicciones como el consumo de tabaco, el consumo de drogas o psicofármacos, también puede conducir a la participación en acciones violentas y delictivas.

Al contrario de ocurrido con el tabaquismo, el consumo de alcohol ha ido adquiriendo niveles relevantes, incluso prolifera la tendencia a asociarlo cada vez más a actividades sociales. Entre 1995 y el 2001 la proporción de individuos que declararon haber ingerido bebidas alcohólicas dentro del año anterior al menos 5 veces, pasó de un 45% a un 57%. En torno a esta adicción, existe una gran diferenciación por sexos. De acuerdo a los datos del estudio, el 75,3% de los hombres ha ingerido alguna vez bebidas alcohólicas, mientras que lo ha hecho el 41,6% de las mujeres. Actualmente, el 44,5% de los hombres consume bebidas alcohólicas los fines de semana, frente a sólo un 15,1% de las mujeres. Durante el año previo a la encuesta el 35,4% de los hombres confesó haberse embriagado alguna vez, por un 11,9%, de las mujeres. Definitivamente se demuestra la mayor propensión de los hombres a vincularse con el consumo de alcohol, el cual ha ido pasando a jugar un rol importante en el código de vida social, sobre todo como una inequívoca señal de reafirmación de la masculinidad.

Los encuesta, evaluó el la relación presente y pasada con la ingestión de bebidas alcohólicas, al agrupar a los individuos en bebedores, ex bebedores y abstemios. En el consumo actual o pretérito, la población negra/mestiza es mayoría. Incluso si se suman ambas el 66,7% de los Negros/Mestizos ha presentado o presenta algún tipo de vínculo con la ingestión de alcohol mientras que en la posición contraria, es decir dentro de aquellos individuos que no consumen alcohol, un 46,7% de los blancos se declaró abstemio, frente al 33,3% de los Negros/Mestizos que refirió no ingerir bebidas alcohólicas.

²⁰ Investigadores de la Universidad de Heidelberg, Alemania, constataron que sólo 6 minutos después de la ingestión de 3 vasos de cerveza o 2 de vino, ya se producen cambios en las células cerebrales (tomado de www.radio-reloj.cu/notiweb, consultado el 13.10.09)

Gráfico 7 Cuba: Porcentajes de consumo de alcohol



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

En la edad de inicio, también sitúa en desventaja a los Negros/Mestizos, que empiezan más tempranamente la ingestión de alcohol; un 16,1% lo hizo antes de los 15 años, mientras que el 14% de los Blancos reporta un inicio precoz. Se puede presumir, que esta prematura comunicación con el alcohol, está muy relacionada con el ambiente y el modo de vida en que se desenvuelven estas personas, que muchas veces no son capaces de reconocer los peligros que entraña inducir a menores a ingerir bebidas alcohólicas. Los bebedores actuales se concentran en edades inferiores a los 55 años, los Negros/Mestizos, con un 4,4% más de participación.

Un aspecto tan importante como es la percepción de riesgo, demostró que dentro de los Negros/Mestizos el 23,8% consideró que el consumo ocasional de alcohol, conllevaba poco o ningún riesgo para la salud, frente a un 16,5% de los Blancos. En ambos grupos poblacionales, los hombres son mayoría dentro de los bebedores actuales; sin embargo, la proporción de féminas Negras/Mestizas que beben, supera en 6,6% la correspondiente a las blancas. En el consumo pretérito, los porcentajes de Negros/Mestizos en ambos sexos son superiores a los de los Blancos, aunque otra vez la proporción de mujeres Negras/Mestizas que tuvieron o tienen un vínculo con la bebida, supera a las blancas en un 16,9%. En este caso, constituye una clara señal de alerta, si se tiene en cuenta la alta responsabilidad del papel que ellas juegan como formadoras y cuidadoras. Esa superior vinculación de las Negras/Mestizas pudiera reconocerse como manifestaciones de una posición poco favorable dentro de la sociedad que las fuerza a buscar un cierto refugio en el alcohol.

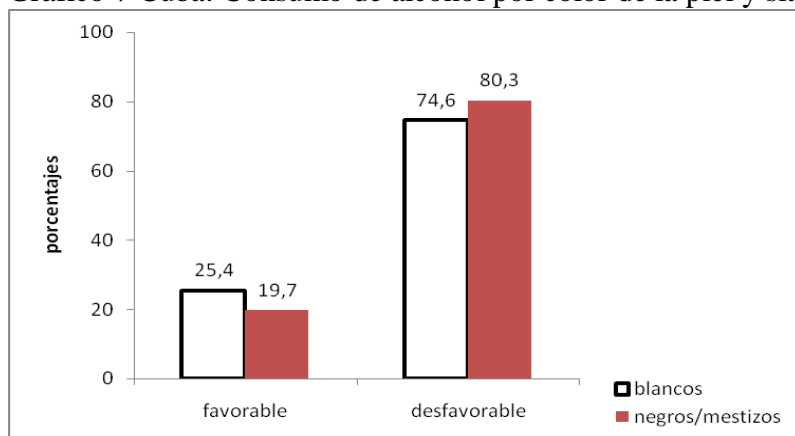
Cuadro 4 Cuba: Porcentajes de individuos que consumen alcohol por color de la piel y sexo

	Bebedor actual	Ex bebedor	Abstemio
Blancos			
Masculino	40,4	31,7	27,8
Femenino	8,2	27,7	64,1
Negros/Mestizos			
Masculino	52,2	29,2	18,6
Femenino	14,8	38,0	47,2

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Algo más de las tres cuartas partes de los bebedores, calificó su situación económica como desfavorable. Evidentemente esta condición no constituye un obstáculo para continuar incurriendo en la adicción. Ante este comportamiento, podría sospecharse que tal vez el consumo de alcohol, puede ser un refugio o una vía de escape a su situación. En este nivel de desagregación, los Negros/Mestizos son también los más expuestos a este factor de riesgo y a sus consecuencias adversas.

Gráfico 7 Cuba: Consumo de alcohol por color de la piel y situación económica



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

La encuesta brindó información sobre la frecuencia de la ingestión y los sentimientos y percepciones de los individuos acerca de su adicción. Estos datos son la base del Test de CAGE, diseñado para evaluar el nivel de riesgo en el consumo de alcohol. El clasifica a las personas en cuatro categorías: consumidor social, consumidor de riesgo, consumidor perjudicial y dependencia alcohólica²¹, que definen los estadios por los que pueden transitar aquellos que

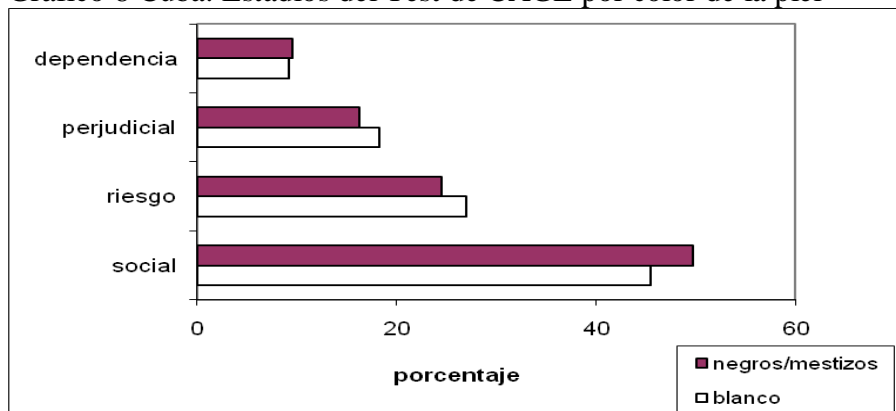
²¹ Ricardo González Menéndez (2000) "Cómo enfrentar el peligro de las drogas", Editorial Oriente, Instituto Cubano del Libro, Cuba

ingieren bebidas alcohólicas. Los niveles de consumo del país se han incrementado con respecto a 1995, sobre todo en las categorías de bebedor en riesgo y bebedor perjudicial (Chang, 2004)²².

El mayor porcentaje de la población evaluada como positiva para esta prueba, clasificó como bebedor social. Esto representa algo más del 47% del total de personas, con predominio de los Negros/Mestizos. Aunque este sea el nivel más bajo de clasificación del consumo, no por ello debe descuidarse su atención pormenorizada, precisamente por su carácter aparentemente inofensivo. Las numerosas evidencias de los peligros provocados por la ingestión de bebidas alcohólicas, cuyo amplio espectro va desde involucrarse en eventos peligrosos o delictivos hasta la vinculación con otras adicciones, están latentes de manera especial en estos grupos. En las categorías de bebedor perjudicial y de riesgo, las proporciones de personas blancas son ligeramente superiores, existiendo equilibrio en aquellos que tienen dependencia alcohólica.

Dentro de las categorías de bebedor de riesgo, perjudicial y dependiente, el 32,4% de los Negros/Mestizos no sintió culpabilidad por su forma de beber frente al 29,3% de los blancos.

Gráfico 8 Cuba: Estadíos del Test de CAGE por color de la piel



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

La ingestión de bebidas alcohólicas, vista en diferentes desgloses, por sexos, grupos de edades y consumo pasado y actual, acentúa la condición de los Negros/Mestizos como personas de mayor exposición al riesgo. Particularmente peligrosa resulta la vinculación de las mujeres y de los sujetos más jóvenes. Estudios, focalizadas en personas de edades entre 15 y 29 años, reflejan que un 30,9% de blancos y un 39,6% de Negros/Mestizos consumen bebidas alcohólicas²³. También

²² Chang de la Rosa, M Presentación de resultados de la II Encuesta de Factores de Riesgo para la Salud y enfermedades no transmisibles INHEM, ONE, La Habana, Cuba 2004

²³ Encuesta Nacional sobre Juventud, 2004

los porcentajes de consumo registrados por las mujeres y específicamente los de las Negras/Mestizas, pudieran estar ocultando no sólo situaciones de stress emocional, sino también ubicaciones no del todo ventajosas en el ámbito social. De acuerdo a su situación la semana anterior al estudio, el 9,9% de las Negras/Mestizas estaba buscando trabajo, no hacía nada o se encontraba en otra situación, frente al 5,0% de las blancas. Si se considera la participación cada vez más preponderante de los Negros/Mestizos dentro de la sociedad cubana y los especiales roles que juegan las mujeres no solo como fuerza laboral, sino también como cuidadoras de ancianos y de las generaciones más jóvenes; la atención a estos dos segmentos cobra singular relevancia.

- Conductas violentas

La pérdida de los niveles de autocontrol que provoca el consumo de alcohol, es una de las causas que puede llevar a las personas a involucrarse en actos de violencia. De hecho en este estudio dirigido a personas de 15 años y más residentes en zonas urbanas, un 7,2% de los individuos tuvo respuestas afirmativas para el consumo de bebidas alcohólicas y su participación en hechos violentos. Alrededor del 90% de los mismos era menor de 55 años y poco menos del 50% eran obreros o trabajadores de servicios. El 6,2% de los blancos y el 9,2% de los Negros/Mestizos, incurrieron en ambas conductas.

Cortés y Martínez (1999), definen la conducta agresiva o violenta, como “aquella que se lleva a cabo con el objetivo consciente o inconsciente de causar daño a alguien, o a sí mismo”²⁴. En el individuo las conductas y estados de hostilidad, hacia uno mismo y hacia otras personas, abarcan manifestaciones muy dispares, que surgen en las más disímiles circunstancias, provocadas por causas muy diversas. Por las implicaciones sociales que el reconocimiento de la violencia trae consigo, su estudio y posterior evaluación, se tornan sumamente complejos, sobre todo a la hora de recabar información, de un tema tan sensible. Además gravita el hecho, que no siempre actitudes, tales como manotear, imponer, intimidar, etc, son consideradas comportamientos violentos.

La EFR II abordó por primera vez esta temática con alcance nacional, y presentó resultados de interés. Las preguntas se refirieron a los sucesos violentos, ocurridos durante los últimos treinta

²⁴ Cortés Morató, J; Martínez Riu, A Diccionario de filosofía en CD-ROM.. Empresa Editorial Herder S.A., Barcelona, España. Todos los derechos reservados. ISBN 84-254-1991-3. Copyright © 1996-99

días antes del levantamiento de la información subrayando las agresiones verbales y las agresiones físicas. Las primeras estuvieron vinculadas con los insultos hacia otras personas, en tanto que las agresiones físicas fueron representadas por golpes y empujones, se exploró el tema de la violencia dirigida hacia los menores de 15 años, hacia la pareja y hacia otras personas. A partir de las respuestas ofrecidas, se clasificó a las personas como víctimas o victimarios.

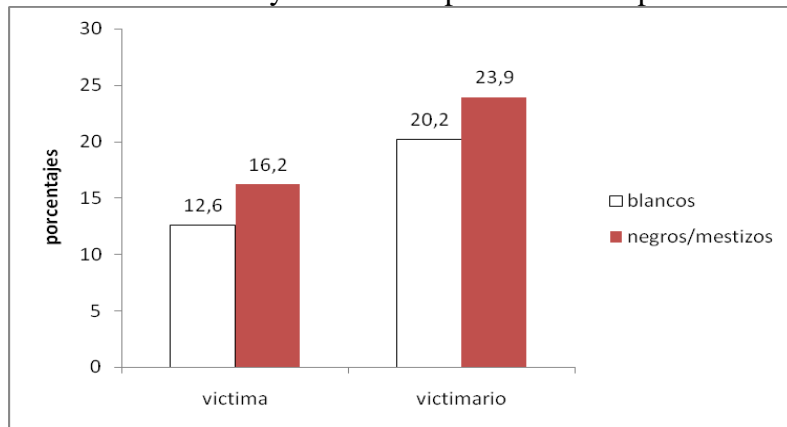
Entre los resultados más relevantes del estudio, se encuentra que, de acuerdo a sus respuestas, un 14,4% de las mujeres y aproximadamente un 13,3% de los hombres, fue víctima de algún tipo de violencia. Algo más del 2% de las mujeres víctimas de violencia, estaban embarazadas.

En la condición de victimarios, las diferencias por sexos son algo más marcadas. Aproximadamente el 18,4% de los varones participantes en la encuesta clasificó como victimario, condición que fue inherente también a un 24,2% de las féminas. En estas proporciones puede estar incidiendo el hecho de que los hombres, prioritariamente los más jóvenes, comunican menos sus padecimientos e intentan demostrar su altruismo conduciendo una vida “más agitada” y más propensa al daño físico. El código masculino, en ocasiones, glorifica el dolor, las lesiones y el sacrificio de los cuerpos. El varón debe mostrarse capaz, sin temores y aunque obviamente, no todos los hombres asumen en igual medida su masculinidad, lo que sí queda claro es que esta ideología, los sitúa en una encrucijada frente a la duda y al cuestionamiento de su status, en tanto podría poner en tela de juicio su competencia varonil y su omnipresencia dominante. Ciertos proceder como levantar la voz, asumir actitudes autoritarias o intimidatorias y gesticular en exceso, entre otros, están muy integrados en los patrones de conducta masculinos y por tanto no son reconocidos como actitudes violentas.

De otra parte, aun hoy en día la feminidad encarna un patrón que tiene que ver más con la subyugación, la receptividad sexual, la adopción conforme del “rol reproductor” y de cuidadoras y la pasividad en el proceso de toma de decisiones, por lo que no siempre tienden a reconocerse como victimarias, aun cuando incurran en actitudes violentas en la vida cotidiana. Por solo citar un ejemplo, el 87% de las mujeres percibió “insultar a un niño” como una conducta de mucho riesgo para la salud. No obstante, el 54,6% de las mujeres reconoció haber insultado a un niño durante el mes anterior y algo más del 8%, declaró que insultaron a los niños con frecuencia.

Entre las personas involucradas en hechos violentos, como víctimas o victimarios, la proporción de personas Negras/Mestizas es superior. Un 21,2% de la población blanca se ha visto implicada en hechos violentos, mientras que el porcentaje de población negra/mestiza asciende al 25,2

Gráfico 9 Víctimas y victimarios por color de la piel

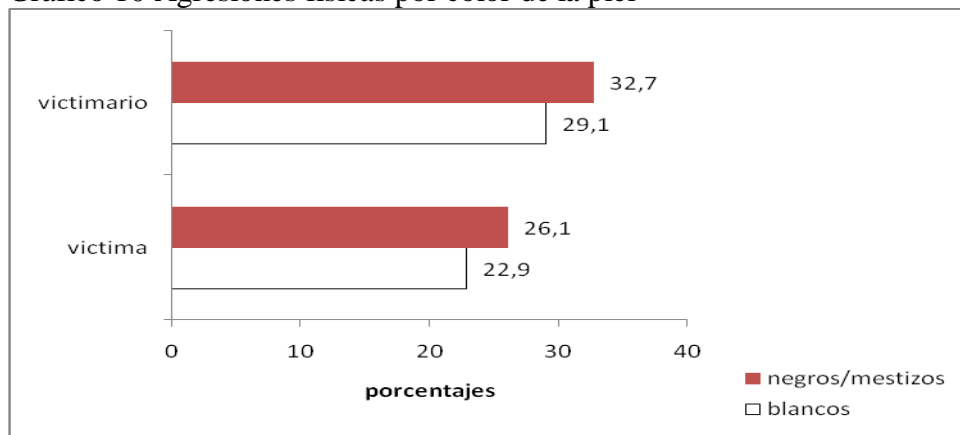


Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Por grupos de edades y sexos, en ambos segmentos poblacionales se aprecia predominio de esta conducta en las edades más jóvenes, comprendidas entre los 15 y los 34 años. Incluso, las proporciones de personas clasificadas ya sean como víctimas o como victimarias, disminuyen a medida que avanza la edad. Esto podría ser un indicador de la aparición con el paso de los años, de una cierta displicencia hacia las conductas violentas, que lleva a ver las mismas como hechos habituales.

Las agresiones verbales traducidas en insultos a niños o a la pareja son, de acuerdo a este estudio, las manifestaciones de violencia más frecuentes dentro de la población cubana. Más del 70% de los individuos, con independencia del color de la piel, reconocen estas actuaciones como muy riesgosas para la salud. Sin embargo, estas actitudes ganan en generalización dentro de la sociedad cubana actual, con su carga intrínseca de daño psicológico que en ocasiones puede ser irreversible. En las agresiones físicas, dar empujones o golpear a niños, pareja u otras personas, aunque son menos frecuentes, resulta evidente la mayor proporción de personas Negras/Mestizas involucrada en estos hechos.

Gráfico 10 Agresiones físicas por color de la piel



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

La violencia, si bien no constituye un problema de salud que pudiera calificarse como grave, al menos para las expresiones estudiadas, puede con el paso del tiempo, ganar en importancia sobre todo si continúa la tendencia creciente del consumo de bebidas alcohólicas. Este factor requiere de un seguimiento muy específico. Sería recomendable no verlo de manera individual, sino en combinación con la antes mencionada adicción al alcohol, sin soslayar la influencia del contexto social donde se producen los hechos violentos y las características de las personas involucradas. Una vez más la población negra/mestiza emerge como la más expuesta.

- *Actividad física y sobrepeso*

Para conocer cómo respondía la población al desarrollo de actividades físicas, se tuvo en cuenta no solo las actividades que realizan las personas como parte de su vida laboral o cotidiana sino también las que hacen de manera adicional. Una de las preguntas estuvo encaminada a lograr una descripción lo más detallada posible del tipo de actividad que el individuo realizaba habitualmente ya fuera en su centro de trabajo o en otro sitio.

Cuadro 5 Cuba: Porcentajes de individuos de acuerdo a su actividad física habitual

Tipo de actividad	Blanco	Negro/Mestizo
Usualmente sentado	47,0	43,9
Caminando pero no carga	35,4	36,9
Carga objetos ligeros y sube escaleras	6,9	7,6
Actividad fuerte parcial	5,1	5,6
Trabajos fuertes	5,5	6,6

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

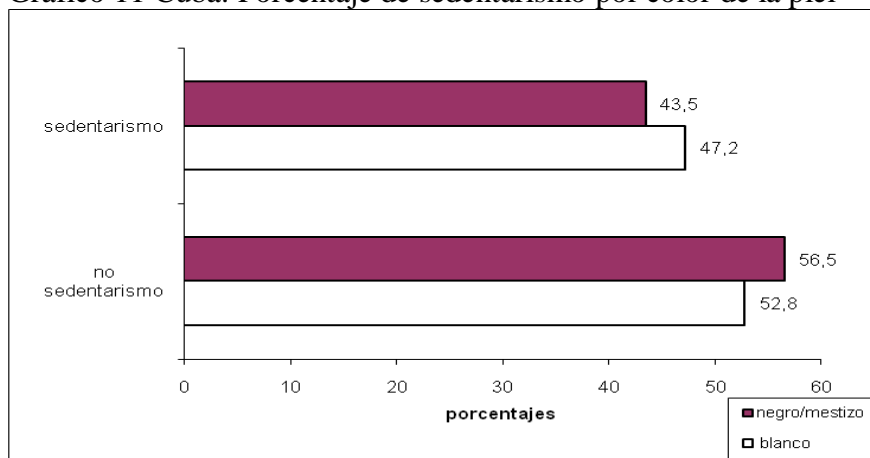
La mayor diferencia se registró en aquellas personas que realizan sus actividades habitualmente sentadas, donde la población blanca es mayoría. Esto se corresponde con las características

laborales ya vistas, de este grupo poblacional. Ellas conjugan su nivel educacional más elevado y su condición de mayoría, dentro de las categorías laborales de mayor importancia, que requieren más conocimientos, los Dirigentes, los Trabajadores administrativos y los Técnicos.

Más del 65% de la población respondió que no combinaban su actividad habitual con otro tipo de ejercicio físico o deporte. Aunque no se investigaron las causas, otros estudios que han tocado esta temática²⁵, alientan la presunción de que pese a las campañas de promoción, por diversas razones presumiblemente relacionadas con factores objetivos y subjetivos, aun la práctica individual de deportes no ocupa un lugar preponderante dentro del tiempo libre de los cubanos.

Según color de la piel, la población negra/mestiza presenta una situación algo más favorable, con niveles de sedentarismo ligeramente inferiores a los de la población blanca. Sin embargo, podría resultar interesante continuar la exploración en este sentido, pues tras la mayor participación en la actividad física podrían ocultarse condiciones de vida no tan favorables que obligan a hacer un mayor uso de caminatas y bicicleta, como medio de transportación, además de la realización de labores, que conllevan mayor esfuerzo físico.

Gráfico 11 Cuba: Porcentaje de sedentarismo por color de la piel



Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Hasta aquí se han evaluado un conjunto de comportamientos de riesgo que se pueden calificar como los más frecuentes dentro de la población cubana. De acuerdo a los resultados obtenidos hasta el momento, es posible afirmar, tomando como base las respuestas individuales recogidas sobre los comportamientos y las percepciones ante los riesgos de salud, que como se intuía al inicio, no todas las personas exhiben iguales patrones de protección.

²⁵ Encuesta sobre el Uso del Tiempo, 2001; Encuesta Nacional sobre Juventud, 2003

Cuadro 6 Porcentajes de conductas de riesgo por color de la piel

Conductas	Blanco	Negro/Mestizo
Fumar	27,9	36,8
Beber	23,7	33,0
Violencia	20,0	25,0
Violencia-Beber	6,2	9,2
Sedentarismo	46,6	44,2

Fuente: Cálculos de la autora a partir de la II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

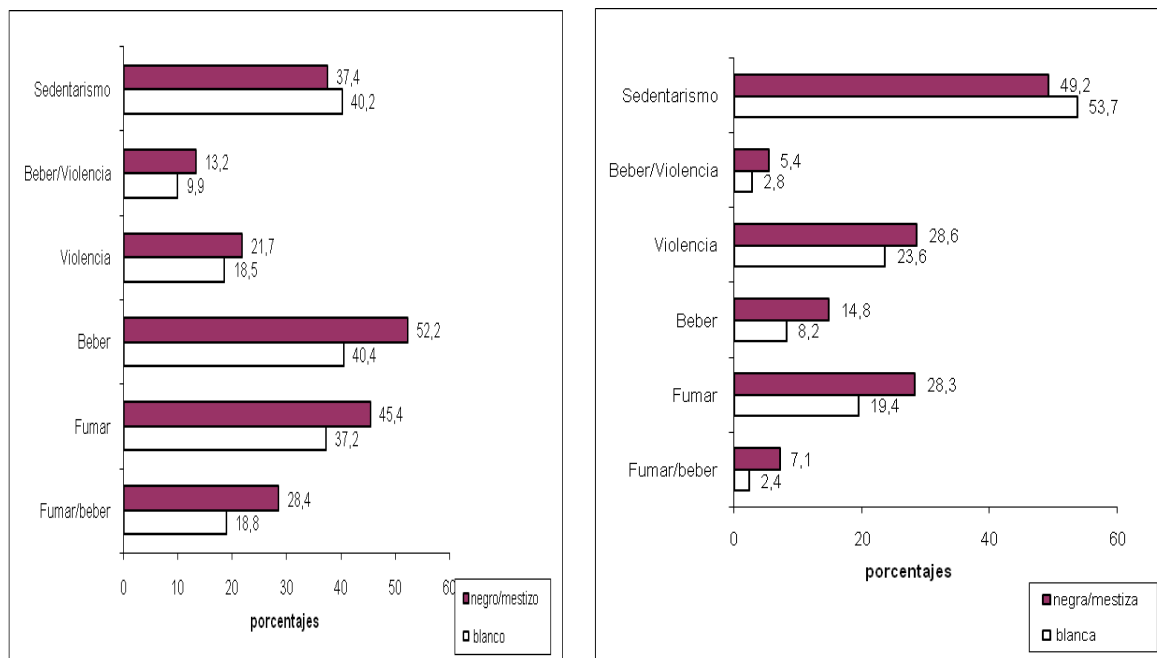
Pese a los esfuerzos estatales realizados, para ofrecer a todos iguales oportunidades, como una vía de lograr la homogeneidad en materia de conductas saludables, los individuos responden de forma diferente ante las situaciones que pueden comprometer su salud. Estas discrepancias fueron detectadas en características tan diversas como son el sexo, la edad y el color de la piel.

Una mirada introspectiva al devenir de los cubanos de 15 años y más, residentes en áreas urbanas, hizo posible identificar grupos cuyas actuaciones los llevan a transitar claramente hacia conductas de alto riesgo de salud.

Al contrastar las personas Negras/Mestizas, con las Blancas, se pone de manifiesto que las primeras están definitivamente más expuestas al riesgo. Este segmento poblacional, que es a su vez el más joven, y que por tanto tiene un mayor potencial de salud, compromete el mismo por la razón antes presentada. Solo en el caso del sedentarismo, este contraste se revierte, al seguir los Negros/Mestizos una conducta más saludable, no obstante pudiera estar latente la condición de que los mismos son mayoría dentro de la categoría ocupacional Obreros y Servicios, que conlleva mayor carga física en su actividad cotidiana.

Si se ahonda un poco más en estas cuestiones, introduciendo el desglose por sexos, el primer rasgo distintivo para ambas subpoblaciones (blancos y Negros/Mestizos) es la mayor exposición de los hombres en casi todas las conductas de riesgo, con mayor predominio de los hombres Negros/Mestizos. Las proporciones de féminas Negras/Mestizas expuestas a riesgo, superan las correspondientes a las blancas.

Gráfico12 Cuba: Porcentajes de conductas de riesgo por sexos y color de la piel



Hombres

Fuente: II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para la Salud, 2001

Mujeres

Aunque desde hace casi 50 años todos los ciudadanos han disfrutado de igualdad de acceso a los servicios y los programas de salud, no todos han respondido de manera igualmente efectiva a estas oportunidades. Queda claro que resulta probablemente imposible lograr que todos los individuos eviten incurrir en riesgos de salud, pero si es importante trabajar sostenidamente en la reducción del mismo, sin perder de vista el hecho de que la determinación de un umbral adecuado en el área de los “comportamientos saludables”, es algo sumamente complejo. La diferenciación por color de la piel, es una cuestión que debe ser tomada en cuenta en el diseño y difusión del trabajo educativo en salud, donde el mensaje debe ser intensificado y personalizado, en aras de reducir los niveles de riesgo.

Consideraciones finales

Queda claro que esta breve incursión por algunas de las más relevantes características socio demográficas y de salud de los cubanos de finales del siglo XX e inicios del XXI, no es capaz de agotar un tema tan complejo y abarcador. Sin embargo, se pusieron de manifiesto ciertas cuestiones de indudable interés, que deben ser objeto de posteriores seguimientos.

- Socio demográficas

Los resultados de los censos y las encuestas de los últimos 50 años muestran la tendencia creciente del mestizaje dentro de la población cubana. Se registra además la presencia de diferenciales en la ubicación territorial de la población blanca y la negra/mestiza, esta última es mayoría en las provincias del este del país. En particular, vale la pena resaltar los siguientes aspectos:

- El rasgo global más distintivo de los habitantes de la isla en las postrimerías del siglo XX y albores del XXI, es el acelerado envejecimiento de la población. Se verificó que el mismo no es totalmente uniforme; el segmento de habitantes Blancos es más viejo que el de los habitantes Negros/Mestizos.
- Los cubanos blancos de edades avanzadas, son mayoría dentro de aquellas personas con un nivel educacional bajo, mientras que los no blancos predominan dentro del nivel medio.
- Los individuos blancos son más proclives a vivir en uniones legalizadas o no, mientras que los negros/mestizos resultaron más numerosos dentro los Solteros.
- Las personas negras/mestizas son mayoría dentro de la categoría Obrero y Servicios.
- Más de las tres cuartas partes de los cubanos calificaron su situación económica como Desfavorable. Dentro de este grupo, los Negros/Mestizos también fueron mayoría, con un nivel de percepción negativa más acentuado entre los individuos más jóvenes.

En primer término, se aprecia la situación más favorable de los individuos Negros/Mestizos con respecto a la estructura de edades, definitivamente más joven. Por otro lado, pese a la existencia de una voluntad política que propicia la igualdad de derecho y acceso a los bienes y servicios, aún es posible identificar diferencias socio demográficas entre personas Blancas y Negras/Mestizas, donde inciden el envejecimiento y ciertas características culturales y de desarrollo histórico y social. Así los Negros/Mestizos, son mayoría entre los solteros, aquellos que prefieren estudios que conduzcan a una rápida inserción en la vida laboral, y dentro de los Obreros y trabajadores de servicios.

Las percepciones negativas respecto a la situación económica, constituyen un fenómeno bastante generalizado en el contexto social cubano. Igualmente se evidencia la existencia de ciertos desbalances entre la población blanca y la población negra/mestiza, que pudieran ser un reflejo de la situación histórica de desventaja económica de este último grupo, que aun se manifiesta en la

actualidad. Lo que si queda claro es que estos aspectos constituyen definitivamente un área que por su complejidad de evaluación, ameritan la organización de un estudio diferenciado.

- Salud

Ha sido posible corroborar la intuición preliminar relativa a un comportamiento diferenciado de las personas ante la salud. Se pone de manifiesto la mayor exposición al riesgo de las personas Negras/Mestizas, en casi todas las conductas evaluadas.

Aunque el tabaquismo, ha reducido los niveles de consumo, el contraste entre las proporciones de fumadores blancos y Negros/Mestizos, ronda el 10%. Entre 1995 y el 2001, la franja de diferenciación se ha expandido. Resulta llamativo el inicio del consumo en edades muy tempranas, con una ventaja negativa para los Negros/Mestizos y una destacada proporción entre las mujeres de ese grupo.

El consumo de alcohol ha ganado terreno, con un aumento en la socialización del mismo. Alrededor del 66% de los Negros/Mestizos ha presentado o presenta algún tipo de vínculo con la ingestión. Dentro de los abstemios los blancos son mayoría. El hecho de que unas tres cuartas partes de los bebedores, calificó su situación económica como desfavorable, induce a sospechar que el alcohol, se erige en vía de escape de un status adverso, donde los Negros/Mestizos son los más expuestos. En la combinación de ambas adicciones; fumar y beber, los Negros/Mestizos de 15 años y más residentes en la parte urbana de Cuba también fueron mayoría.

Respecto a las conductas violentas, abordadas por primera vez en esta encuesta con carácter nacional, se demostró que entre las personas involucradas en hechos violentos, como víctimas o victimarios, la proporción de personas Negras/Mestizas es mayor, en las subpoblaciones evaluadas.

Solo en el sedentarismo la población negra/mestiza presenta una situación algo más favorable, con niveles ligeramente inferiores a los de la población blanca. No obstante, tras la mayor participación en la actividad física podrían ocultarse condiciones de vida y trabajo no tan favorables, que conllevan un mayor esfuerzo físico.

Cualquier intervención en este sentido tiene un carácter complejo y debe ser abordada de manera muy cuidadosa. No es tarea de un día para otro, lograr cambios en los hábitos y las costumbres personales, sobre todo en presencia de ciertas conductas no saludables que aunque no manifiestan su influencia de manera inmediata, si tienen repercusión para el individuo en el mediano y largo plazo. Entre ellas se pueden citar el fumar o beber de manera ocasional, pero

consuetudinaria, llevar una vida mayormente sedentaria y otras condicionantes impuestas por las actuales condiciones de la vida. Se aprecia cierta supremacía de “actividades pasivas” como escuchar música, ver TV, conversar con amigos, etc, dentro de las preferidas por los cubanos en su tiempo libre. Sobre todo estas últimas, se combinan frecuentemente con el consumo de tabaco y alcohol. Al contrastar las personas Negras/Mestizas, con las blancas, se pone de manifiesto que las primeras están definitivamente más expuestas al riesgo.

Revertir o intentar corregir ciertos modos de vida, necesariamente atraviesa una etapa, no precisamente corta, de persuasión y convencimiento que en ocasiones, debe contraponerse a condiciones económicas, construcciones sociales y estereotipos que con el paso del tiempo, adquieren gran arraigo en el individuo llegando incluso a formar parte de su acervo cultural. Algunas de estas cuestiones, que en esencia reflejan actitudes y formas de ser de las personas, están relacionadas con el lugar de residencia.

Bibliografía

1. Aja Díaz, A La emigración cubana entre dos siglos. Revista Temas No. 26/ 2001, Habana, Cuba
2. Alfonso León, A La Población cubana por color de a piel a partir de los resultados de la ENMI 95, trabajo presentado en Encuentro de Cientistas Sociales, Cuba - Argentina. 1999
3. _____ Encuesta sobre el uso del tiempo, evaluación por color de la piel, trabajo presentado en el Seminario internacional de presentación de resultados, ONE 2002
4. Alfonso, A; Martínez A Aplicación de tablas de contingencia en las encuestas a la población, trabajo presentado en XVII Encuentro de Estadísticos Cuba - México. 2007
5. Alfonso León, A Los cubanos ante los riesgos de salud, trabajo presentado en el coloquio de Población, Educación, Salud Sexual y Reproductiva y Calidad de Vida, Instituto Superior Pedagógico “Enrique José Varona” 2007
6. Alfonso León, A Población según color de la piel, CEPDE-ONE s.l. 2008
7. _____ Algunos comentarios acerca de la presencia de la variable Color de la piel en las investigaciones de población en Cuba, CEPDE-ONE s.l. 2008
8. _____ Cuba, Colección Estadísticas, Cuba, Colección Estadísticas, ejemplar Color de la piel. En <http://www.oneweb> La Habana, Cuba 2009
9. _____ La Medición del color de la piel en los Censos de Población y Viviendas. Cuaderno de Estudios de población y desarrollo No.2 CEPDE/ONE julio 2009
10. En <http://oneweb/cuaderno.htm>
11. Álvarez, A, García, A., Bonet M, Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud de Cuba Rev Cubana Salud Pública v.33 n.2 ISSN 0864-3466 Ciudad de La Habana abr.-jun. 2007
12. Benítez, M Panorama Demográfico de la familia cubana, Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, Cuba 1991
13. Bonet, M; Mas P; Concepción, J et al. Informe final de la I Encuesta de Factores de Riesgo para la Salud y enfermedades no transmisibles, INHEM, ONE, Cuba 1997

14. Bonet, M.; Varona, P et al. Resultados de la II Encuesta de Factores de Riesgo para la Salud y enfermedades no transmisibles INHEM, ONE, La Habana, Cuba 2004
15. Cañizares, M; Barroso, I; Alfonso, A et al. Estimaciones usadas en diseños muestrales complejos; aplicaciones en la encuesta de salud cubana del año 2001, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.15, No 3, Marzo 2004
16. Cañizares, M; Barroso I; Bonet, M .et al, Influencia del contexto socioeconómico del vecindario en los comportamientos relativos a la salud en Cuba: un enfoque multinivel s.l. INHEM, La Habana, Cuba. 2004
17. Catasús, S; Valle G; San Marful, E, La Población por color de la piel en Cuba, principales características sociodemográficas, Novedades de Población I. CEDEM. UH. 1999
18. CEE, Encuesta Nacional de Fecundidad 1987, Cuba INSIE, La Habana, Cuba 1991
19. CEDEM, La Población de Cuba, , Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1978
20. Chang de la Rosa, M Presentación de resultados de la II Encuesta de Factores de Riesgo para la Salud y enfermedades no transmisibles INHEM, ONE, La Habana, Cuba 2004
21. Chang de la Rosa, M; Cañizares Perez, M y Barroso Utra, I. Consumo de bebidas alcohólicas: sugerencias para su medición en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr, on line, may.-ago. 2005, vol.21, no.3-4, p.0-0. ISSN 0864-2125.(consulta 25.11.2007)
22. Centro de Estudios sobre Juventud, Centro de Estudios de Población y Desarrollo III Encuesta Nacional sobre Juventud. Habana, Cuba 2004
23. Cortés Morató, J; Martínez Riu, A Diccionario de filosofía en CD-ROM.. Empresa Editorial Herder S.A., Barcelona, España. Todos los derechos reservados. ISBN 84-254-1991-3. Copyright © 1996-99
24. Cuba, Ministerio de Salud Pública Anuario Estadístico del MINSAP 2000- 2007
25. Cuba ONE, Censo de Población y Viviendas 2002, La Habana, 2002
26. Davis, A; George, J States of Health, University of Sydney, Ed. Harper Educational, Sydney, Australia 1998
27. Diez-Roux, A. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis J. Public Health, 1998
28. Evans, R. G., & Stoddart, G. L. Producing health, consuming health care. Social Science and Medicin 1990.
29. Evans RG, Barer ML, and Marmor TR. (Eds). Why are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations. New York: Aldine de Gruyter 1994.
30. Fernández, J; González, D El Envejecimiento de la Población Cubana, CEPDE/ONE, La Habana 2009
31. Franco, M; Alfonso, A. Perfil sociodemográfico de los hogares cubanos. Análisis por territorios. Cuaderno de Estudios de población No.1 CEPDE/ONE edición 2008
En <http://oneweb/publicaciones/cepde/cuaderno/Articulo>
32. Frankish et al. La evaluación del impacto de la salud como una herramienta para la promoción de la Salud de la población y las políticas públicas. Informe presentado a la División de Promoción de la Salud Canadá. 1996
33. García Quiñones R, Morbimortalidad y Salud. Una mirada desde la Sociodemografía, s.l. La Habana, Cuba. 1998
34. García Quiñones R.; Alfonso, A Género, diferenciales sociales y factores de riesgo, Memorias del Seminario Internacional “La población mundial en el siglo XXI: Dilemas y desarrollo”, ACNU, CEDEM, FNUAP, La Habana, Cuba. 2006

35. González Menéndez, R, El alcoholismo y su atención específica, Editorial Ciencias Médicas, Cuba 1992
36. _____. Cómo enfrentar el peligro de las drogas, Editorial Oriente, Instituto Cubano del Libro, Cuba 2000
37. Graf von der Schulenburg, JM; Claes, Ch; et al. EuroQOL (EQ-5D), European Quality of Life Questionnaire, Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Universität Hannover, 1998.
38. INSIE, Censo de Población y Viviendas, 1981. La población de Cuba según color de la piel. CEE 1985
39. Iñiguez, L.; Pérez, O, comp. Heterogeneidad social en la Cuba actual, ENPSES-MERCIE GROUP, La Habana, Cuba 2005
40. Krieger, N. Glosario de Epidemiología Social Parte II, Boletín Epidemiológico, Vol.23, No.2. 2002
41. Lalonde, M. A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document Department of Health and Welfare. 1974
42. Laframboise, H. L: Health policy: breaking the problem down into more manageable segments CMAJ 1973
43. Lopategui, E El concepto de salud: Conceptos Básicos- © 2000 (consulta 27.02.2008)
44. Millar, Wayne J.(1999) Reaching Smokers with Lower Educational Attainment, Statistics Canada. Health Reports, Winter 1999, Vol 11, No 3
45. Morales Ceballos, S. La representación social del negro, un estudio de aproximación en dos grupos de la estructura social cubana actual, (tesis de diploma), UH La Habana 1998
46. Morales Domínguez, E. Desafíos de la problemática racial en Cuba, Fundación Fernando Ortiz, La Habana, Cuba. 2008
47. Perez, C Personal health practices: Smoking, drinking, physical activity and weight, Health Statistics Division, Statistics Canada. Health Reports, Winter 1999, Vol 11, No 3
48. República de Cuba, “Censos de Población, Viviendas y Electoral, Informe General, 1953”
49. Roberger, R; Berthelot, JM et al. Adjusting Life Expectancy to Account for Morbidity in a National Population, Health Analysis and Modelling Group, Canadian Institute for Advanced Research. Quality of Life News Letter No. 17, Canada, March/August 1997.